

Grupo com Agentes Comunitárias: A Construção de Novas Possibilidades do Cuidar

Groups With Health Community Agents:
From Helplessness To The
Construction Of New Healthcare Possibilities

Grupo Con Agentes Comunitarias:
La Construcción De Nuevas Posibilidades Del
Cuidar

Mirna Yamazato Koda,
Diego Vinícius da Silva,
Maria Aparecida dos
Santos Machado
Universidade São Francisco

Sabrina Maria da Silva
Naldos
Clínica Particular

Experiência



Resumo: O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia política adotada pelo Ministério da Saúde para promover a transformação do modelo tradicional de cuidados com a saúde na atenção básica. A figura do agente comunitário de saúde (ACS) tem papel fundamental no PSF por ser o principal elo entre a unidade de saúde e a comunidade. A partir do estágio supervisionado em Psicologia Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade São Francisco, foi realizado um grupo com os ACSs de uma unidade de PSF de um Município do interior de São Paulo. A proposta do grupo era discutir o trabalho realizado na unidade de saúde, buscando fomentar uma postura protagonista no enfrentamento das dificuldades cotidianas. Para tanto, utilizou-se o referencial dos grupos operativos tal como postulado por Enrique Pichon-Rivière, tendo sido observada, ao longo do processo, uma vivência de grande desamparo por parte das agentes. Essa questão foi abordada a partir de diversas atividades e estratégias de modo a fortalecer os vínculos grupais. Ao final deste trabalho, os ACSs podiam ocupar um lugar de maior propriedade com relação ao trabalho realizado no território.

Palavras-chave: Psicologia comunitária. Pessoal da saúde. Programa de Saúde da Família. Agente comunitários de saúde.

Abstract: The Family Health Program (FHP), is a political strategy adopted by the Health Ministry to promote the transformation of the traditional basic healthcare. The health community agent (HCA) has a key role in the FHP being the main link between the healthcare unit and the community. With a supervised internship in Community Psychology from the Psychology Course at São Francisco University, a group was formed with HCAs from the FHP unit of a city in the state of São Paulo. The objective of the group was to debate the work done at the health unit, seeking to establish a leading posture in facing daily difficulties. For such, the operative groups postulated by Enrique Pichon-Rivière were used as reference, and it was observed, throughout the process, great helplessness on most of the agents. This issue was approached using several activities and strategies to strengthen group bonding. At the end of this research, the HCA could fulfill a role with greater responsibility in relation to the work done in the area.

Keywords: Community psychology. Health personnel. Family Health Care Program. Health community agent.

Resumen: El programa de Salud de la Familia (PSF) es una estrategia política adoptada por el Ministerio de Salud para promover la transformación del modelo tradicional de cuidados con la salud en la atención básica. La figura del agente comunitario de salud (ACS) tiene papel fundamental en el PSF por ser el principal enlace entre la unidad de salud y la comunidad. A partir de la pasantía supervisada en Psicología Comunitaria del Curso de Psicología de la Universidad de San Francisco, se ha conformado un grupo con los ACSs de una unidad de PSF de un municipio del interior de San Pablo. La propuesta del grupo era la de discutir el trabajo llevado a cabo en la unidad de salud, objetivando fomentar una postura protagonista en el enfrentamiento de las dificultades cotidianas. Para tanto, se ha utilizado el referencial de los grupos operativos con arreglo a lo postulado por Enrique Pichon-Rivière, habiendo sido observada, a lo largo del proceso, una vivencia de gran desamparo por parte de las agentes. Esa cuestión ha sido abordada a partir de diversas actividades y estrategias de modo a fortalecer los vínculos grupales. Al final de este trabajo, los ACSs podían ocupar un lugar de mayor propiedad con relación al trabajo llevado a cabo en el territorio.

Palabras clave: Psicología comunitaria. Personal de la salud. Programa de Salud de la Familia. Agentes comunitarios de salud.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma proposta política adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1993, que constitui uma estratégia para promover a transformação do modelo tradicional de cuidados com a saúde no que diz respeito à atenção básica. No sentido de romper um trabalho mais focado nos aspectos curativos, tal programa tem como meta a construção de ações voltadas para a prevenção de adoecimentos e para a promoção da saúde a partir da inserção no território e da construção de vínculos de responsabilização entre equipe de saúde e comunidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010a) de dezembro de 2009, o PSF se encontrava implantado em 5.251 Municípios, em um total de 30.328 equipes, cobrindo 50,7% da população brasileira. Conforme portaria do Ministério da Saúde, as equipes do Saúde da Família são compostas por pelo menos um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe de saúde da família deve acompanhar de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando um total de 4.500 pessoas atendidas (Brasil,

1997). A figura do agente comunitário de saúde (ACS) tem papel fundamental no PSF por ser o principal elo entre a unidade de saúde e a comunidade. Morador da própria localidade, o ACS realiza, dentre outras atividades, as visitas domiciliares no território do PSF em questão. Atualmente, 204 mil ACS encontram-se em atividade no País (Ministério da Saúde, 2010b).

Outros profissionais – como, por exemplo, o psicólogo – podem ser incorporados à equipe ou constituir equipe de apoio, de acordo com as possibilidades e as necessidades locais.

O estágio de Psicologia comunitária

O Estágio Supervisionado em Psicologia Comunitária, no Programa de Saúde da Família de um Município do interior de São Paulo, vem sendo realizado desde o segundo semestre de 2003, a partir de convênio efetuado entre a Universidade São Francisco (USF) e a Secretaria Municipal de Saúde desse Município.

O objetivo da área de Psicologia social comunitária é desenvolver ações em parceria com a comunidade, voltadas para o desenvolvimento da autonomia e da cidadania da população, para o empoderamento dos grupos e a melhoria de sua qualidade de vida, abarcando também ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Segundo Góis (1993 como citado em Campos, 2000, p.10), a Psicologia comunitária se caracteriza como

uma área da psicologia social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade, estuda o sistema de relações e representações, identidade, níveis de consciência, identificação e pertinência dos indivíduos

ao lugar/comunidade e aos grupos comunitários. Visa ao desenvolvimento da consciência dos moradores como sujeitos históricos e comunitários, através de um esforço interdisciplinar que perpassa o desenvolvimento dos grupos e da comunidade. (...) Seu problema central é a transformação do indivíduo em sujeito

O estágio, realizado ao longo do nono e do décimo semestres do curso de Psicologia, insere-se em um trabalho de extensão universitária mais amplo desenvolvido pelo Curso de Psicologia da USF (Gama & Koda, 2008). Esse projeto é voltado para o campo da saúde pública e envolve a prestação de serviços aos moradores, a formação de alunos de graduação e de trabalhadores de saúde e a participação no debate destinado a implementar políticas de Saúde Mental na comunidade.

Durante o estágio no PSF, são realizados acolhimentos psicológicos, visitas domiciliares com relação a demandas de Saúde Mental, bem como atividades grupais constituídas a partir das necessidades e do perfil da unidade de saúde e de sua comunidade.

O presente trabalho pretende apresentar a experiência de um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS), desenvolvido por estagiários de Psicologia comunitária junto a uma unidade de PSF de um Município do interior paulista.

O objetivo do grupo foi o de propiciar um espaço de reflexão para os ACSs, de modo a discutir o trabalho realizado por eles, suas dificuldades e potencialidades. Buscamos com isso promover um espaço de interação, reflexão e elaboração de conteúdos intra e inter-subjetivos mobilizados pelo contato com as demandas do território e pelo contexto institucional. Essa demanda era observada tanto por parte dos ACSs como também do restante da equipe.

Método

Participaram das atividades 15 ACSs (14 mulheres e 1 homem) de uma unidade de PSFs do Município. O grupo era misto quanto à idade, sexo, estado civil e tempo de serviço. A partir da demanda da equipe de saúde da unidade, formamos um grupo operativo com as agentes comunitárias, cuja tarefa era discutir o trabalho como ACS desenvolvido na unidade de saúde.

As reuniões com o grupo de agentes comunitárias foram realizadas semanalmente, em horário de trabalho previamente acordado com a coordenação da unidade, com duração de uma hora e frequência média de 9 participantes. A participação era voluntária.

A compreensão do trabalho em grupo seguiu a proposta da Psicologia social e dos grupos operativos tais como formulados por Enrique Pichon-Rivière (1994, 1995). Ao longo dos encontros grupais, foram utilizadas algumas dinâmicas de grupos e atividades de interação social, desenvolvidas a partir da compreensão do processo grupal em questão.

Segundo Pichon, o grupo é caracterizado como um “conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por uma mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade” (Pichon-Rivière como citado em Saidon, 1994, p.184). O grupo operativo é caracterizado como um grupo centrado na tarefa (por exemplo, a cura, a aprendizagem, a reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelos participantes).

Segundo Pichon, a finalidade do grupo operativo é mobilizar estruturas estereotipadas, relativas às dificuldades de aprendizagem e de comunicação ocasionadas

pelas ansiedades presentes no grupo. Essas ansiedades se caracterizam como depressivas (medo da perda do objeto) ou paranóides (medo de ataque ao ego) (Pichon-Rivière, 1994). Assim, segundo Bleger (1995), o grupo operativo tem objetivos, conflitos e recursos que são analisados e elaborados à medida que emergem no contexto grupal. Esses aspectos serão examinados em sua relação com a tarefa e em função dos objetivos propostos.

O processo do grupo

Ao construirmos a análise do grupo, consideramos a articulação dos diversos âmbitos apontados por Bleger (1992): psicossocial (referente ao sujeito), sociodinâmico (referente ao pequeno grupo), institucional e comunitário.

No que diz respeito ao contexto mais amplo da saúde pública e constituição da Atenção Básica à Saúde, a figura do ACS se coloca como de grande importância na construção do Programa de Saúde da Família. No entanto, como nos apontam alguns autores (Jardim & Lancman, 2009; Wai & Carvalho, 2009; Bachilli, Scavassa, & Spiri, 2008), no cotidiano, encontramos diversas dificuldades decorrentes da própria organização do trabalho, dentre elas, podemos citar, em especial: a sobrecarga de trabalho, a falta de retaguarda institucional para as ações desenvolvidas junto à população e o desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com a população. As próprias características da prática do ACS favorecem e intensificam tal envolvimento. Os limites entre vida pública (trabalho) e vida privada ficam *borrados*, considerando-se que o ACS trabalha na unidade de saúde e é morador da comunidade em questão, adentrando o ambiente doméstico das pessoas.

Na intervenção desenvolvida pelos estagiários, inicialmente, observou-se um movimento no grupo em que os problemas vividos no cotidiano de trabalho eram constantemente trazidos como uma forma de desabafo e catarse. As questões mais frequentes nas discussões do grupo versavam acerca de temáticas como: as diferentes formas de contrato de admissão, que implicavam diferenças salariais, a existência de mais de uma equipe de saúde da família na mesma unidade e a diferença de gerência de cada equipe, os antagonismos internos e as dificuldades com relação à população e às instâncias superiores da Secretaria de Saúde. Os principais aspectos observados no grupo se referiam a uma forte autodesqualificação, ao sentimento de angústia e de insegurança na relação com a comunidade.

Apesar de essas questões surgirem de modo recorrente, as iniciativas no sentido de aprofundar a reflexão sobre os temas trazidos acabavam por colocar os participantes em contato com a impotência, que suscitava grande persecutoriedade e angústia no grupo. Os conteúdos latentes, ao serem tocados, provocam *actings* e forte resistência, e impossibilitavam a elaboração dos mesmos. Essa situação levava a movimentos de ataque tanto com relação à coordenação quanto a algum outro membro do grupo que era tomado como bode expiatório.

A eleição desse sujeito normalmente deixava transparecer a sua identificação com alguns aspectos que evidenciavam a fragilidade ou a diferença no grupo. Foi observado um movimento transferencial com relação à coordenação, no qual esta era identificada como o lugar da cobrança e da exigência. Reproduzia-se aí a vivência das relações na própria equipe de trabalho, que abordava aspectos relacionados aos níveis macro político e institucional.

Havia várias cisões no grupo, principalmente entre funcionários novos e antigos da unidade. Em várias situações, a identificação com a própria população atendida, no que diz respeito às dificuldades e precariedades da vida, levavam os ACSs a um processo de intensa desqualificação de si próprios. A agressividade surgia muitas vezes como resposta à sensação de desamparo.

O ataque aos vínculos grupais era tão intenso que chegou a ameaçar a própria continuidade dos encontros. Foi feita uma avaliação do grupo junto aos ACS e foi solicitada a continuidade das reuniões com dinâmicas, relaxamento e outras atividades, mas *sem falar de problemas*. Levantamos a hipótese de que a própria dificuldade de enfrentamento com relação à organização do trabalho levava o grupo a buscar outras saídas. Frente a essa situação e compreendendo a vivência de desamparo do grupo, resolveu-se utilizar outras estratégias de modo a propiciar o fortalecimento dos vínculos entre os agentes e também os destes com os estagiários que coordenavam o grupo. Iniciou-se a prática de realizar atividades que pudessem propiciar momentos de cuidado com relação a si mesmo e ao outro. Refeito o contrato com o grupo, os estagiários destacaram que não iriam “abordar os problemas” não por eles não existirem, mas pelo fato de não ser o momento de trabalhá-los no grupo. Havia algumas desconfiâncias de que certos integrantes estivessem levando as discussões feitas no grupo a outras instâncias, prejudicando algumas pessoas; desse modo, apesar das conversas com relação à regra do sigilo, o espaço grupal não era visto como um lugar confiável.

Utilizamos então do método dos grupos de mediação:

Esses dispositivos reúnem número restrito de pessoas, normalmente em contexto institucional: suas relações são mediatizadas seja por um meio sensorial (o sonoro, os objetos plásticos), seja por objetos culturais já pré-constituídos (o conto, a fotografia). (...) O objetivo perseguido por esses grupos é o de ativar ou reanimar certos processos psíquicos não mobilizáveis ou modificáveis de outro modo, ou que o sejam, com esse dispositivo, de modo mais eficaz (Kaës, 2005, p.47)

Foram propostas saídas da unidade para pequenos passeios, dinâmicas de grupo, atividades de relaxamento e cuidados pessoais, dentre outras. Em um determinado momento, os próprios ACSs se organizaram para fazer o chá de cozinha de uma das novas integrantes do grupo. Essas atividades foram constituindo um processo de aproximação entre o grupo antigo e o novo de ACSs. Tal movimento poderia se concretizar, mais provavelmente, a partir de uma mediação mais protegida do que pela discussão do trabalho na unidade.

Após algumas semanas, sentindo-se mais fortalecidos e menos ameaçados, os ACSs puderam retomar de um novo modo as reflexões sobre o trabalho. A partir de um artigo de relato de experiência, foi levada uma situação-problema vivida por uma agente comunitária do Programa Qualis, do Município de São Paulo (Lancetti, 2006). No início, não foi dado o desfecho da história, para que o grupo pudesse discutir a intervenção a ser feita na situação apresentada. As soluções apontadas foram muito semelhantes às ações tomadas no texto, e, desse modo, pôde-se trabalhar e valorizar o saber e a prática de cada um deles.

Foi interessante observar um deslocamento do grupo do lugar da impotência para uma postura mais protagonista no sentido de

propor saídas para as dificuldades cotidianas. Uma das questões trazidas ao grupo foi com relação a pacientes acamados que não conseguiam se deslocar até a unidade e que também não tinham uma estrutura adequada em suas casas. Nessa situação, os pacientes ficavam muito isolados e dependentes dos cuidados da família. Muito incomodados, eles começaram a discutir possíveis ações a serem realizadas nesses casos.

Podemos levantar a hipótese de um processo de identificação entre os ACS e essa população de acamados, em que a busca de saídas para esse grupo de pessoas simbolizava uma saída para a própria impotência tantas vezes vivida por eles.

Após alguns encontros, os ACSs elaboraram uma proposta de visitas domiciliares nas quais o grupo de agentes levasse algo que fosse do agrado dessas pessoas (música, uma festa de aniversário surpresa, uma comida em especial, uma lembrança, hinos religiosos, etc.), propiciando um momento de encontro festivo, que deslocasse o foco da doença para um possível potencial de vida, o que nos remete a todo o processo vivido com o próprio grupo de ACSs, que somente após vivências assim caracterizadas conseguiu pensar sobre sua própria realidade e encontrar mecanismos para o enfrentamento de seus problemas no território e na própria unidade.

Foram levantadas inicialmente 54 pessoas acamadas no território da unidade. O ACS que fosse referência da região de moradia do paciente acamado organizava a visita domiciliar apresentando ao resto do grupo de agentes as preferências e o perfil dessa pessoa no intuito de elaborar, com outros ACSs, a atividade a ser desenvolvida durante a visita. Esse projeto foi apresentado em

reunião de equipe do PSF, sendo aprovada sua efetivação.

Conclusão

Apesar do papel importante que o agente comunitário de saúde ocupa na formulação política do PSF, muitas vezes esse lugar não é efetivamente valorizado na prática dos serviços. É frequente uma certa desvalorização do ACS por parte da equipe de saúde ou da comunidade, o que reflete muitas vezes a própria relação do serviço com seu território, pois a comunidade é vista e atendida como uma população eminentemente pobre, carente, violenta e desestruturada. Tal fato acaba por colocar o ACS (e também outros profissionais de saúde) em uma situação de impotência, pois impede um olhar sobre as potencialidades e os recursos da comunidade em questão.

É na atenção primária que a proximidade com o território se dá de modo mais candente, em que os problemas da vida se misturam aos adoecimentos. A diversidade de demandas que surgem necessita de ações de alta complexidade não tanto no quesito de equipamentos, mas no que diz respeito à articulação de respostas e de tecnologias que sustentem os objetivos *de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde* (Brasil, 2006).

Desse modo, o trabalhador de saúde inserido no âmbito da Atenção Básica em Saúde se vê frente à complexa tarefa de articular um alto grau de normatização colocado pela própria estruturação do PSF no que Merhy e Franco (2003) denominam *tecnologias leves*, que se referem ao trabalho vivo, ao vínculo, à produção de acolhimento e à responsabilização.

Se a proposta do Programa de Saúde da Família traz avanços com relação à organização dos serviços de saúde, ao vínculo com a comunidade e à concepção de saúde, ele também apresenta problemáticas e contradições¹. Além da necessidade de articulação da rede de saúde para dar respostas adequadas aos problemas encontrados no território, há também a necessidade de articulação de ações intersetoriais, já que os problemas que emergem na comunidade decorrem de um contexto que vai além do setor da saúde.

Temos, nas últimas décadas, diversos avanços com relação às políticas públicas de saúde, nos quais propostas como integralidade, intersetorialidade e humanização têm feito parte da agenda atual de discussões das ações nessa área. No entanto, no campo das práticas efetivas no território, a implementação dessas propostas se dá com muita dificuldade. É difícil para o profissional de saúde, dentro do sistema mais amplo em que está inserido, sair do registro da doença, seja pela organização do serviço, seja pela pressão da população. Muitas vezes, esta demanda cuidados em saúde focados prioritariamente no modelo médico hegemônico que respondam a suas necessidades imediatas. Aí, o direito à saúde fica restrito ao *consumo* de consultas, de medicações e a outros procedimentos.

Todo esse contexto acarreta frequentemente uma grande sobrecarga e sofrimento para os trabalhadores da área da saúde, que, muitas vezes, se veem sem retaguarda. Uma das questões apresentadas constantemente no contato com as equipes de saúde é a necessidade de espaços de cuidado e suporte para os profissionais de saúde, já que estes se encontram sobrecarregados com os problemas cotidianos, com as dificuldades de retaguarda/articulação da rede e da estrutura em que atuam.

Segundo Dejours (1992), saúde é quando ter esperança é possível. Assim, ela não é construída apenas na base da remissão de sintomas, mas nas aberturas para outros agenciamentos que não aqueles do circuito da falta, da carência e do adoecimento.

O trabalho com o grupo de ACSs, através da construção de um espaço intermediário, possibilitou a elaboração e a superação do lugar de desamparo e de desqualificação em que estavam, propiciando maior protagonismo ao desenvolvimento de suas ações. Esse trabalho resultou em benefícios para a própria comunidade a partir do projeto de visitas domiciliares diferenciadas aos pacientes acamados. Compreendemos que os ACSs puderam sentir-se mais fortalecidos ao serem eles próprios acolhidos, cuidados e valorizados, e, puderam, também, refletir sobre o trabalho que desenvolvem, o que os levaria a potencializar a função de cuidado com o outro. As visitas realizadas pelos ACSs nesse projeto consistiram em uma experiência de investimento no potencial de vida dos sujeitos. Dos agentes que se veem envolvidos prioritariamente com o adoecimento e com

o sofrimento, há um movimento de aposta no potencial transformador da alegria de viver.

A questão que nos fica é: o que é cuidar da saúde? Ou, como fazemos isso? Em última instância, a saúde não pode ser destacada da própria vida dos sujeitos, e nessa vida não há apenas dores ou sofrimentos a serem curados ou amenizados. Concordamos com Canguilhem (1995), que toma a saúde como a possibilidade de adoecer e de sair da situação de doença, como margem de segurança que cada sujeito e coletividade possuem para enfrentar as infidelidades inerentes ao meio. Segundo Dejours (1992), saúde é quando ter esperança é possível. Assim, ela não é construída apenas na base da remissão de sintomas, mas nas aberturas para outros agenciamentos que não aqueles do circuito da falta, da carência e do adoecimento.

1. Devido às limitações deste trabalho, não aprofundaremos tal discussão. Ver: Merhy e Franco, 2002; Santana e Carmagnani, 2011; Viana e Dal Poz, 2005.

Mirna Yamazato Koda

Psicóloga, Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Professora da Universidade São Francisco, São Paulo, SP – Brasil.

E-mail: mkoda@usp.br

Diego Vinícius da Silva

Mestre em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco, Itatiba – São Paulo - SP – Brasil.

E-mail: vinicius.diego@ymail.com

Maria Aparecida dos Santos Machado

Psicóloga graduada pela Universidade São Francisco, São Paulo, SP – Brasil.

E-mail: cidamxd@uol.com.br

Sabrina Maria da Silva Naldos

Clínica particular de psicologia. Coordenadora técnica da ABRAZ sub regional de Itatiba, Itatiba – São Paulo – SP – Brasil.

E-mail: sabrina.naldos@uol.com.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua Dom Lino Deodato Rodrigues de Carvalho, 395, ap. 41 - Campinas – São Paulo – SP – Brasil. CEP: 13026-480

Recebido 22/5/2010, 1ª Reformulação 16/11/2011, Aprovado 10/1/2012.

Referências

- Bachilli, R. G., Scavassa, A. J., & Spiri, W.C. (2008). A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 51-60.
- Bleger, J. (1992). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, J. (1995). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. (1997). Ministério da Saúde. *Portaria nº. 1886/GM. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família, de 18 de dezembro de 1997*. Recuperado em 20 de junho de 2006 de http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 648*. Recuperado em 28 de agosto de 2011 de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
- Campos, R. H. F. (Org.). (2000). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Dejours, C. (1992). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14), 7-11.
- Gama, C. A. P., & Koda, M. Y. (2008). Psicologia comunitária e Programa de Saúde da Família: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28, 418-429.
- Jardim, T. A., & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface comunicação, saúde e educação*, 13(28), 123-135.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., & Franco T. B. (2002). Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, 26(60), 118-122.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Ministério da Saúde. (2010a). *Departamento de atenção básica: números da saúde da família*. Recuperado em 31 de janeiro de 2010 de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>.
- Ministério da Saúde. (2010b). *Atenção básica e saúde da família*. Recuperado em 31 de janeiro de 2010 de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php#equipes>.
- Pichon-Rivière, E. (1994). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (1995). *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Saidon, O. I. (1994). O grupo operativo de Pichon-Rivière – guia terminológico para a construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In G. F. Baremlitt (Org.), *Grupos: teoria e técnica* (pp. 169-202). Rio de Janeiro: Graal.
- Santana, M. L., & Camagnani, M. I. (2001). Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 33-53.
- Viana, A. L. D., & Dal Poz, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl.), 225- 264.
- Wai, M. F. P., & Carvalho, A. M. P. (2009). O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(4), 563-568.